

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SÉQUELLES
ÉLOIGNÉES DES
MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Juin 1924

PAR

Obrad RISTITCH

Né à LESKOVATZ (Serbie), le 3 juillet 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur	<i>Président.</i>
		ABADIE, professeur	} <i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé.....	
		R. SIGALAS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET,
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 137

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SÉQUELLES
ÉLOIGNÉES DES
MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Juin 1924

PAR

Obrad RISTITCH

Né à LESKOVATZ (Serbie), le 3 juillet 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur	<i>Président.</i>
		ABADIE, professeur	} <i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé	
		R. SIGALAS, agrégé	

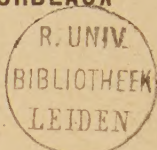
BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Peuériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ FRÈRE LOUCA

MORT COMME CAPITAINE AVIATEUR SUR LE FRONT DE SALONIQUE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MA FEMME BIEN-AIMÉE MARITZA
ET MA FILLE CHÉRIE VERA

En témoignage de mon affection douce et
profonde.

A MES BEAUX-PARENTS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

*Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui m'a fait le grand honneur de bien
vouloir présider ma thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SÉQUELLES

ÉLOIGNÉES DES

MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALES

INTRODUCTION

Si l'étude de la méningite cérébro-spinale a été, durant ces vingt dernières années, l'objet de multiples travaux, tant au point de vue clinique, anatomo-pathologique, sérologique que bactériologique, il n'en est pas ainsi de celles de ses séquelles éloignées et de leur répercussion sur la santé et la capacité sociale du malade.

Nous avons pensé, sous l'inspiration de M. le docteur Molin de Teyssieu, qu'il serait intéressant de consacrer notre thèse inaugurale à cette question à peine ébauchée dans la plupart des monographies consacrées aux méningococcies.

Après un bref historique et de rapides considérations sur l'évolution générale des méningites, nous aborderons l'étude clinique de ces séquelles éloignées, n'envisageant plus spécialement parmi elles que celles intéressant les fonctions neuro-psychiques. Nous terminerons par l'examen des conditions

pathogéniques de leur production et par celui de leur retentissement médico-légal.

Les documents cliniques nous ont été fournis par les archives du service régional de neuro-psychiatrie de la 18^e région. Nous avons recueilli les 28 observations d'anciens militaires atteints de méningite cérébro-spinale durant leur temps de présence sous les drapeaux et présentant ultérieurement des reliquats plus ou moins marqués de leur infection ancienne. Grâce aux révisions périodiques auxquelles ces malades sont soumis en vue de l'examen de leurs droits à pension, les observations ont pu être tenues à jour et nous offrir tous les renseignements nécessaires quant à la durée et à l'évolution éloignée des accidents constatés.

Notre travail eût évidemment gagné en intérêt de s'appuyer sur la production des chiffres globaux des infections méningées ayant sévi sur la population militaire du corps d'armée, dont nous envisageons les seuls porteurs de séquelles.

Il ne nous a pas été permis de nous procurer des chiffres suffisamment précis et des pièces irréfutables pour établir la fréquence relative des séquelles neuro-psychiques éloignées des méningites cérébro-spinales. Nous pensons avoir fait œuvre utile en tentant d'en fixer « bien imparfaitement, certes », la valeur absolue ainsi que les caractères cliniques et évolutifs particuliers, et surtout en établissant la proportion respective de ces séquelles entre elles.

PLAN

INTRODUCTION.

CHAPITRE PREMIER. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Considérations générales sur l'évolution des méningites cérébro-spinales.*

CHAPITRE III. — *Les séquelles éloignées des méningites*

A. — Observations.

B. — Etude clinique.

Séquelles neuropathiques.

Séquelles psychopathiques.

C. — Evolution.

CHAPITRE IV. — *Etude pathogénique.*

CHAPITRE V. — *Conséquences médico-légales.*

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'histoire de la question des séquelles neuro-psychiques des méningites cérébro-spinales ne comporte pas de longs chapitres, cette dernière étant restée à peine ébauchée jusqu'à la toute récente période d'après-guerre.

Si, en effet, sans remonter aux lointaines descriptions de l'ancienne fièvre cérébrale, équivalente de notre méningococcie actuelle, observée par Larrey au cours de la retraite de Russie, nous nous reportons aux premiers travaux classiques contemporains de l'épidémie de Bayonne (1837), nous constatons que le travail tout entier consacré à l'épidémiologie et à l'étude clinique d'une affection nouvelle et insolite ne fait aucune allusion à l'existence des séquelles tardives.

Il n'en est pas sans doute de même dans les ouvrages les plus modernes, et notamment dans les articles de Dopter ou de Baur des derniers *Traité de médecine*, mais là aussi l'existence des séquelles n'est l'objet que d'une brève mention et donne au lecteur l'impression d'une éventualité assez exceptionnelle et souvent bénigne.

Les formes d'infection méningococcique traînante, les types cliniques à rechute tardive, avaient cependant été, dès l'origine, bien observés, en particulier par Bloch et Habert, qui soulignaient, en 1914, que la maladie se montre riche en séquelles de toutes sortes, persistantes après sa disparition et dont certaines sont souvent définitives.

De tous côtés, après 1900, on étudiait les cas dans lesquels les séquelles monosymptomatiques s'installaient d'une façon chronique sans intervalle libre après l'infection aiguë. C'est

ainsi que Sainton s'occupait de l'épilepsie, Nobécourt des arthropathies nerveuses, Lamprotti de l'hydrocéphalie, Batten de paraplégie, Testut et Marchand de certaines complications névritiques. Tinel de myélo-radiculite, dans laquelle il décrivait des lésions de dégénérescence ascendante analogues à celles du tabes, Voisin et Paiseau de troubles psychiques. Notons, en passant, que ces derniers auteurs consacraient à cette complication tardive la plus intéressante monographie, devenue aujourd'hui classique, à laquelle nous emprunterons d'ailleurs plus d'un trait.

Ce fut surtout au cours de la guerre et dans les années qui suivirent immédiatement que les médecins, impressionnés par la difficulté de récupération des soldats cliniquement guéris de l'infection méningée et émus par leurs revendications pécuniaires ultérieures, s'occupèrent de la question dans son ensemble.

Mentionnons parmi les revues générales les plus complètes, parues à l'étranger, celles de Rosanoff (1918) et de Worster Drought, qui condensent heureusement le problème. Les travaux français sont moins nombreux et ne comportent que des articles succincts.

C'est à l'aide de rares documents et grâce surtout à la bienveillance de ceux qui nous ont inspiré et guidé dans l'exécution de notre œuvre que nous avons poursuivi l'étude clinique des séquelles neuro-psychiques des méningites cérébro-spinales.

CHAPITRE II

Considérations générales sur l'évolution des méningites cérébro-spinales.

Les méningites cérébro-spinales infectieuses, aiguës ou sub aiguës, car nous n'envisagerons pas les séquelles des méningites chroniques, évoluent sensiblement toutes selon les mêmes types, quel que soit l'agent infectieux. La maladie est soit rapide, foudroyante, soit, au contraire, caractérisée par des alternatives d'aggravation et de rémission durant une période oscillant de 15 à 30 jours.

Les méningites, dit Verger, sont toujours secondaires à une infection générale ou à quelques foyers infectieux, dans l'espèce le rhino-pharynx pour la méningite cérébro-spinale, d'où les microbes vont infecter les méninges par voie lymphatique ou par voie sanguine. Y trouvant un terrain propice à leur développement, soit en raison de leur virulence exaltée, soit en raison de la moindre résistance du système nerveux du malade, ils se mettent à proliférer et les lésions anatomiques se constituent.

On a longtemps pensé que la maladie se bornait à une pululation microbienne dans le liquide céphalo-rachidien avec altération plus ou moins marquée des méninges molles. Il n'en est rien en réalité et la souffrance des centres nerveux ou de leurs prolongements atteste leur participation à la maladie. Cette atteinte nerveuse est tangible et bien que macroscopiquement l'encéphale et la moelle paraissent sains dans leur ensemble, le microscope y montre des zones ramollies du type des ramollissements rouges superficiels et, en général, peu étendus. Les lésions apparaissent surtout périvasculaires : l'endartérite coexiste avec la périartérite, les gaines lymphatiques

sont bourrées de leucocytes. Les parties ramollies de l'écorce contiennent des corps granuleux et si le processus inflammatoire a duré un certain temps, on voit s'installer des lésions d'encéphalite interstitielle caractérisée par la prolifération névroglique miliaire. Les lésions de la moelle et des nerfs procèdent du même mécanisme.

On comprend donc qu'après la disparition des phénomènes aigus tout ne soit pas fini et que ces désordres anatomiques, fins sans doute, puissent se traduire cliniquement par un ensemble de troubles individuellement discrets et proportionnels aux lésions, mais dont le groupement constitue pour le porteur une cause d'infériorité évidente.

Après un délai qui ne dépasse guère un mois dans la majorité des cas, le cycle évolutif de la vie de l'agent causal est terminé quand il n'a pu être interrompu plus tôt par une sérothérapie appropriée; les symptômes bruyants de sidération nerveuse se sont progressivement atténués, le malade est entré en convalescence, il reprend peu à peu des forces, récupère par l'usage toutes ses grandes fonctions organiques, il est socialement et cliniquement guéri.

Cependant, nous allons voir que le travail sournois de sclérose névroglique qui se poursuit dans la profondeur des centres va se manifester bientôt par les séquelles qui font l'objet de notre étude.

CHAPITRE III

Les séquelles éloignées des méningites.

Nous allons aborder maintenant le point essentiel de notre travail : l'étude clinique des séquelles éloignées des méningites cérébro-spinales. Ces séquelles, nous venons de le voir par les considérations précédentes, sont d'ordre neurologique; nous les grouperons, bien que la frontière soit fragile entre elles, en deux grandes variétés, selon qu'elles sont objectives ou subjectives, qu'elles sont névropathiques ou psychopathiques.

Nous avons pensé préférable de grouper ensemble, au début de ce chapitre, tous les faits cliniques étayant notre étude. Nous eussions voulu publier *in extenso* ces documents, mais les difficultés matérielles qui président aujourd'hui à l'édition d'une thèse tant soit peu allongée nous obligent à en extraire l'essentiel seul.

Ces observations sont tirées des archives du service régional de neuro-psychiâtrie que M. le docteur Molin de Teyssieu a bien voulu nous confier. Nous indiquerons d'ailleurs, par un numéro, la référence de leur place dans ces archives.

Elles ont trait aux anciens militaires de la 18^e région de corps d'armée, c'est-à-dire à la population mâle des cinq départements de la Gironde, des Landes, des Hautes et Basses-Pyrénées et de la Charente-Inférieure, nés entre les années 1867 et 1904.

Leur comparaison permettra de fixer tout au moins la fréquence absolue de ces séquelles et la nature de celles les plus connues parmi elles.

A. Observations.

L'ordre adopté pour la publication de ces observations réduites à leurs éléments essentiels est celui, non de leur intérêt, mais de la localisation anatomique de la séquelle prédominante. Cet ordre est celui que nous suivrons plus loin, lors de l'étude clinique des séquelles. Dans chaque groupe nous commençons par les cas où la manifestation est isolée. Ainsi que nous l'avons dit, chaque observation comporte, à côté de son numéro d'ordre, la référence numérique de son origine.

Les observations de I à X ont trait aux séquelles myélopathiques, celles numérotées de XI à XIV se rapportent aux séquelles névritiques et radiculaires, celles inscrites sous les numéros compris entre V à XIV comportent les cas des troubles résiduels encéphaliques à caractères organiques, les troubles psychiques subjectifs sans signe de localisation précise font l'objet des observations XIV à XXVI; les deux dernières, enfin, ont trait à des complications anormales dont l'interprétation reste aussi difficile que l'anatomie pathologique présumée.

OBSERVATION I (N° 1419)

R... Julien, 39 ans, garçon de salle. Typhoïde en 1902, méningite cérébro-spinale en 1916, soigné à Pellegrin, service de M. Sabrazès. Convalescence très lente, reprend son métier après 3 mois d'hôpital. Incorporé en 1917. Cinq mois après est réformé avec 10 % de pension pour séquelles de méningite cérébro-spinale. Pension élevée à 30 % en 1920.

Etat, le 15 mars 1922 : Série de symptômes d'atteinte médullo-radicaire. Paraplégie spasmodique légère, hyperéfectivité tendineuse, anesthésie douloureuse du membre inférieur gauche, amyotrophie marquée de ce membre, paresse du sphincter vésical, série de symptômes subjectifs, céphalées, vertiges, amyosthénie, mauvais état général. Invalidité, 40 %.

OBSERVATION II (N° 1609)

A... Jean-Baptiste, 40 ans, manoeuvre. N'avait jamais été malade; en octobre 1918, méningite cérébro-spinale grave, présente une fièvre élevée. Guérison rapide, peu de temps après hémiparésie gauche organique, spasmodique, discrète, n'intéressant pas la face. Observé au centre neurologique de la 18^e région par le docteur Bosc. A pu reprendre son service, être démobilisé en juillet 1919. Première demande de pension en août 1922; aurait constaté une gêne progressive de la marche.

Etat lors de l'examen : Paraplégie spasmodique avec contracture des membres inférieurs, exagération des réflexes tendineux, clonus rotulien, signe de Babinski bilatéral, paresse des sphincters sans trouble de la sensibilité ni troubles génitaux. Amyotrophie discrète du membre supérieur gauche. Rien à la face, réaction de Wassermann négative.

Invalidité : 60 %.

OBSERVATION III (N° 126)

R... Pierre, 40 ans, scieur de long. Incorporé en 1914, entre à l'hôpital de Bayonne en décembre 1918 pour crises convulsives, évacué en janvier 1919 sur le centre de neurologie, présente une méningite cérébro-spinale. Observé par le docteur Verger. Tableau classique Kernig, raideur de la nuque, torpeur intellectuelle, vivacité des réflexes, liquide céphalo-rachidien jaunâtre, 4 grammes d'albumine, 65 % de polynucléaires, culture microbienne négative. En mars 1919 très amélioré, paraplégie spasmodique, escharres à la fesse droite. En avril 1919 sort guéri.

Etat en 1920 : torpeur intellectuelle, symptômes subjectifs, ictus apoplectiformes périodiques, amyotrophie des membres inférieurs avec douleur.

Etat en 1923 : déficit moteur marqué au niveau des membres inférieurs, réflexe rotulien vif, escharre talonnière gauche, troubles subjectifs, état vertigineux marqué.

Invalidité : 30 %.

OBSERVATION IV (N° 1676)

C... Robert, 28 ans, cultivateur. Méningite cérébro-spinale en 1915, durée 3 mois. N'a pas repris son service, a été réformé un mois après sa guérison pour débilité mentale. Prétend avoir été, au cours de sa méningite, paralysé des 4 membres, vit ensuite à la campagne où il travaillait à peu près régulièrement, a constaté une gêne progressive des membres inférieurs. Fait sa première demande de pension en 1922.

Etat actuel : syndrome de paraplégie spasmodique caractérisé par : 1° de l'impotence fonctionnelle partielle des membres inférieurs plus marquée dans les groupes antéro-externes de la jambe avec troubles de la marche, fait des petits pas saccadés; 2° de la tendance à la contracture des masses musculaires postérieures de la cuisse, plus accusée à droite; 3° de l'exagération des réflexes tendineux avec clonus du pied et de la rotule et signe de Babinski; 4° de l'amaigrissement global des membres inférieurs. Pas de troubles vésicaux ni sphinctériens.

Invalidité : 40 %.

OBSERVATION V (N° 1664)

B... Pierre, 24 ans, mécanicien dentiste. Méningite cérébro-spinale en avril 1918, forme traînante. Réformé en novembre 1918, 20 %. Vu au centre neurologique et présentait alors : atrophie musculaire de la cuisse et du mollet gauches, abolition du réflexe achilléen droit et des réflexes crémastériens des deux côtés. Douleur à l'élongation des membres inférieurs et à la mobilisation de la colonne vertébrale. Probabilité d'atteinte méningitique du segment lombaire de la moelle et des nerfs de la queue de cheval (signe Gauckler).

Revu en octobre 1922, même état fonctionnel, la faiblesse des membres inférieurs a augmenté, il s'y ajoute une série de troubles subjectifs : céphalées, état vertigineux, éblouissements, etc.

Invalidité : 25 %.

OBSERVATION VI (N° 1044)

M... Emile, 36 ans, employé de chemin de fer. Pleurésie à 20 ans. Mobilisé en 1914, méningite cérébro-spinale en mars 1915, a pu rejoindre son dépôt en juin 1915. A pu repartir au front, mais a dû être évacué peu de temps après. Démobilisé à la fin de la guerre, son état s'aggravant, a dû quitter son emploi au chemin de fer à la fin de 1924.

Présente à ce moment un syndrome subjectif : céphalées, fatigabilité rapide, dépression de l'humeur, état vertigineux vague, algie lombaire, parésie très marquée des membres inférieurs, exagération manifeste des réflexes tendineux.

Invalidité : 25 %.

OBSERVATION VII (N° 1747)

L... Clément, 32 ans, cultivateur. Avait été classé dans le service auxiliaire pour faiblesse de constitution en 1913. Incorporé en mars 1916, service en mai. Sert en Orient. En mai 1919, méningite cérébro-spinale, traité à Pellegrin (Sabrazès). Libéré avec sa classe en septembre 1919, fait une demande de pension en décembre 1923.

Etat actuel : séquelles organiques cérébro-spinales consistant en série de troubles subjectifs : céphalées, vertiges, éblouissements, fatigabilité. Impotence fonctionnelle accusée du membre inférieur droit s'accompagnant d'amyotrophie, de vivacité des réflexes tendineux, de secousses cloniques spontanées, de signe de Babinski. Ces derniers accidents sont d'apparition récente puisqu'ils n'avaient pas été constatés lors de l'examen de 1922.

Invalidité : 40 %.

OBSERVATION VIII (N° 1735)

L... Séverin, 29 ans, cultivateur. Mobilisé en 1913. Réformé en décembre 1914 pour méningite cérébro-spinale, a eu au cours de sa mé-

ningite une paralysie complète des membres inférieurs qui a complètement régressé par la suite, a cependant toujours conservé une difficulté pour uriner. Est obligé de se sonder; la rétention augmente sous l'influence de la fatigue.

Présente en mars 1923 : parésie vésicale intermittente, céphalées, éblouissements, état vertigineux, troubles du sommeil, dysmnésie.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION IX (N° 1741)

N... Joseph, 24 ans, garçon de café. Mobilisé en 1919, méningite cérébro-spinale en mai 1921. Traité à l'hôpital militaire de Bordeaux, constatations cliniques et bactériologiques confirment le diagnostic, convalescence très lente. Réformé en août 1921 pour reliquat de méningo-myélite avec parésie des membres inférieurs, clonus du pied, abolition des réflexes à droite, troubles de l'équilibre, tremblement des membres supérieurs, mydriase.

Invalidité : 60 %, réduite à 40 % en 1922.

Etat le 15 mars 1923 : syndrome subjectif du type neurasthénique consistant en céphalées, état vertigineux, dysmnésie, fatigabilité rapide. Troubles de la vision par névrite atrophique, reliquat de méningite basillaire, exagération de la réflectivité tendineuse avec tendance à la spasmodicité généralisée. Amélioration se poursuivant très lentement.

Invalidité : 40 %.

OBSERVATION X (N° 1050)

R... Jules, 43 ans, sandalier. Jamais malade. 3 ans de service dans l'infanterie. Mobilisé en mars 1915. En 1917, étant en permission, contracte une méningite cérébro-spinale, soigné à Pellegrin (Sabra-zès). Forme traînante, reste 11 mois à l'hôpital. Réformé le 21 mars 1919 pour séquelles de méningite cérébro-spinale et syndrome cérébelleux. Invalidité : 30 %.

Etat en novembre 1920 : syndrome subjectif, ébauche de signe de Ristitch

Romberg, troubles vaso-moteurs de la face, pas de signe de localisation motrice, tachycardie.

Etat en avril 1921 : même état, fatigabilité de la jambe gauche avec algies. Pas de trouble objectif de la sensibilité. Invalidité : 25 %.

En janvier 1922 : même état, hyposthésie du membre inférieur gauche à topographie nettement radiculaire.

En mars 1923 : aggravation de la parésie du membre inférieur gauche.

En avril 1924 : le tableau se complique d'une névrite cubitale droite, surtout sensitive avec légère parésie.

OBSERVATION XI (N° 1783)

L... André, 22 ans, ajusteur. Méningite cérébro-spinale en janvier 1922, durée un mois environ. guérison assez rapide, conserve simplement une difficulté pour se baisser.

En mai 1923, pris assez brusquement de violentes douleurs dans la région lombaire, contracture douloureuse de la jambe en flexion, exagération des réflexes tendineux, clonus rotulien, pas de signe de Babinski, pas de troubles sphinctériens.

Injectons épidurales de stovaïne, amélioration rapide des symptômes aigus. Conserve par la suite de la parésie légère de la jambe gauche et de la spasmodicité généralisée.

OBSERVATION XII (N° 439)

M... Aimé, 43 ans, forgeron. Mobilisé en 1914, évacué en avril 1915 pour méningite cérébro-spinale, sort de l'hôpital en septembre 1915, classé dans le service auxiliaire. Démobilisé avec sa classe en 1919.

Etat le 12 janvier 1920 : céphalées intermittentes à localisation orbitaire, tremblement des extrémités, exagération des réflexes tendineux, rachialgie plus accusée par la pression de la colonne dorso-lombaire. Syndrome subjectif discret.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION XIII (N° 1857)

D... Raymond, 35 ans, arrimeur. Méningite cérébro-spinale en 1919. Guérison lente, conserve longtemps des douleurs lombaires, a néanmoins été démobilisé avec sa classe sans proposition de réforme.

En 1922, fait une demande de pension; présente alors douleurs de la région lombaire, céphalées, état vertigineux, fatigabilité crurale, réflexes rotuliens droits un peu plus vifs. Invalidité : 10 %.

Revu en mars 1924 : mêmes troubles subjectifs, fatigabilité des membres inférieurs, paresse des réactions pupillaires avec anisocorie, vivacité des réflexes.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION XIV (N° 1643)

L... Léon, 30 ans, menuisier. Méningite cérébro-spinale à la fin de juillet 1915. Soigné à Nancy, traité par ponctions lombaires et injections de sérum, serait resté 3 jours sans connaissance, reprend son service dans l'auxiliaire, se fait hospitaliser 13 mois après au centre de neurologie; vu par M. Pitres. Présentait alors rigidité douloureuse de la colonne vertébrale, éblouissements, état vertigineux, accidents convulsifs du type névropathique. Proposé pour la réforme temporaire.

Revu en octobre 1922 : présente syndrome subjectif du type neurasthénique consistant en céphalées, état vertigineux, algie lombaire, rigidité de la colonne vertébrale, asthénie générale, fatigabilité cérébrale. Pas de signes objectifs, les crises ont disparu.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION XV (N° 449)

R... Louis, 24 ans, charpentier. Méningite cérébro-spinale en 1915. Convalescence après 3 mois. Rechute au cours de la convalescence, constatations bactériologique et sérologique positives. Vu au centre

de neurologie en mai 1916 par M. Verger, qui constate : torpeur cérébrale très marquée, état d'asthénie musculaire, tremblement des membres inférieurs. Proposition de réforme temporaire pour séquelles de méningite cérébro-spinale.

Revu en janvier 1920 : présentait alors bégaiement spasmodique intermittent, tremblement du membre inférieur gauche, démarche spasmodique, amyotrophie du même membre.

Invalidité : 25 %.

.. OBSERVATION XVI (N° 556)

A... Emile, 21 ans, charron. Rien dans ses antécédents. Mobilisé en avril 1918. Tombe malade en permission en janvier 1920; méningite cérébro-spinale; traité à l'hôpital de Mont-de-Marsan, constatations sérologique et bactériologique positives. Guérison en mars. En juin 1920, présente de la gêne de la marche avec douleurs des membres inférieurs. Revu en 1921, présente douleurs du type radiculaire, parésie du pied droit, exagération de la réflexivité tendineuse, amyotrophie discrète du membre inférieur droit, bizarrerie mentale.

Etat en juin 1922 : même état, présente, en outre, des troubles subjectifs, céphalées, vertiges et des douleurs du type fulgurant au niveau des membres inférieurs.

OBSERVATION XVII (N° 1962)

B... Lucien, 27 ans, cultivateur. Mobilisé en 1916; méningite cérébro-spinale en mai 1917, reste 6 mois à l'hôpital; placé dans le service auxiliaire. Par la suite, présente des douleurs lombaires, des céphalées. A continué son service jusqu'à la démobilisation.

Présente en février 1924 : céphalées frontales, algie lombaire, état vertigineux, fatigabilité rapide, éblouissements, sans aucun signe objectif d'atteinte du système nerveux.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION XVII (N° 2012) .

B... Alfred, 45 ans, coiffeur. Méningite cérébro-spinale à la Martinique en 1915. Fièvre élevée, plusieurs ponctions lombaires positives, durée 3 mois environ. Reprend son service qu'il continue jusqu'à la démobilisation.

Présente en avril 1924, depuis seulement quelques mois, un syndrome subjectif caractérisé par des céphalées frontales, de la fatigabilité rapide, des algies lombaire et crurale, de l'état vertigineux sans chute.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION XVIII (N° 892)

C... Louis, 20 ans, cultivateur. Méningite cérébro-spinale en mars 1920. Quatre mois de convalescence. Sort guéri, reprend son service. Par la suite, progressivement, douleurs de tête.

Etat en 1922 : céphalées fronto-orbitaires, état vertigineux, fatigabilité, insomnie, tendance à l'aggravation progressive.

OBSERVATION XIX (N° 1237)

D... Louis, 42 ans, cultivateur. Méningite cérébro-spinale en 1915, a pu reprendre son service trois mois après et le continuer pendant plus d'une année. Se plaint ensuite de fatigue générale et de douleurs des membres inférieurs. Accuse surtout des vertiges sans chute. Réformé en décembre 1916, 20 % d'invalidité.

Revu en 1924. Etat actuel : céphalée à localisation cervico-occipitale, algie lombaire, douleurs des membres inférieurs, plus accusées au niveau des mollets, état vertigineux vague, asthénie, susceptibilité à toutes les causes de congestion encéphalique, vivacité des réflexes. 10 % d'invalidité.

OBSERVATION XX (N° 1827)

A... Gustave, 40 ans, cultivateur. Réformé temporaire en 1905 pour bronchite du sommet droit. Pris dans le service auxiliaire en septembre 1915. Méningite cérébro-spinale en juillet 1915; présente au décours une congestion pulmonaire. Réformé en mars 1916 pour rhumatisme et tachycardie, ensuite a été repris, a continué son service jusqu'à sa démobilisation. Première demande de pension en août 1923.

Troubles subjectifs sous forme de céphalées, algie lombaire et sacro-iliaque. Raideur de la région vertébrale, vivacité des réflexes rotuliens.

Invalidité : moins de 10 %.

OBSERVATION XXI (N° 1661)

V... Louis, 24 ans, marchand forain. Méningite cérébro-spinale en janvier 1921. Traité à l'hôpital militaire, constatations sérologique et bactériologique positives. Présente, en octobre 1922 : syndrome subjectif neurasthéniforme, caractérisé par céphalées rebelles, algies à localisations lombaire et crurale prédominantes, état vertigineux vague, éblouissements, fatigabilité rapide, parésie légère des membres inférieurs, traîne les pieds, réflexes vifs, mydriase, hypoesthésie des jambes.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION XXII (N° 1184)

C... Jean, 22 ans, cultivateur. Mobilisé en avril 1917; méningite cérébro-spinale en juin 1918. Durée, 2 mois; présente des accidents convulsifs et une congestion pulmonaire; put continuer son service au retour de convalescence. Démobilisé en février 1921. Progressivement souffre de la tête. Lassitude générale.

Etat en mai 1921 : syndrome subjectif, vertige, préoccupation hy-

pocondriaque vague, troubles du sommeil, douleur lombaire, asthénie générale, raideur de la région lombaire, réflexes vifs.

Invalidité : 20 %.

OBSERVATION XXIII (N° 699)

L... Gabriel, 27 ans, cultivateur. Mobilisé en 1912. Méningite cérébro-spinale en septembre 1915, présente au cours de la maladie des troubles mentaux sous forme d'agitation. Réformé peu de temps après; depuis son retour chez lui, l'enquête de gendarmerie établit qu'il ne se livre à aucun travail régulier, qu'il est tout le temps malade.

Etat le 10 juin 1922 : asthénie physique et mentale, dépression simple de l'humeur, fatigabilité cérébrale et musculaire, céphalées intermittentes, vertige, indifférence affective, perte de l'initiative.

Invalidité : 30 %.

OBSERVATION XXIV (N° 471)

G... Gaston, 41 ans, maçon. Méningite cérébro-spinale en mars 1918. Démobilisé en 1919, a pu reprendre son métier de maçon, fait une demande de pension en janvier 1920 parce qu'il souffre de la région lombaire.

Etat fin 1921 : attitude vicieuse de la colonne vertébrale, en légère flexion, avec contracture des masses lombaires qui sont douloureuses à la pression. Etat d'asthénie physique et psychique accusé, troubles de l'émotivité, troubles subjectifs, céphalées, vertiges. 30 % d'invalidité.

En mars 1924, se dit aggravé, présente les mêmes symptômes, l'attitude vicieuse de la colonne vertébrale est irréductible, en position couchée. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Invalidité : 30 %.

OBSERVATION XXV (N° 963)

P... André, 21 ans, télégraphiste. Méningite cérébro-spinale grave en 1916, traité à Pellegrin (Sabrazès). 70 cmc. de sérum; complication

de radiculite supérieure. 3 mois d'hôpital. Incorporé en 1918, observé au centre de neurologie en juin 1919 (Grenier de Cardenal). Séquelles subjectives de méningite cérébro-spinale; classé dans le service auxiliaire. Revu en janvier 1920, asthénie physique et psychique, fatigabilité rapide, dysmnésie, vertige, angoisse précordiale, algies multiples, préoccupation hypocondriaque, pas de localisation motrice ou sensitive.

Même état en 1923 et 1924.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION XXVI (N° 1337)

P... Charles, 42 ans, maçon. Méningite cérébro-spinale en 1915, forme grave, reste plusieurs jours dans le coma, ne reprend pas son service, est réformé en décembre 1915 pour séquelles de méningite, 50 % d'invalidité.

Maintenu en 1918 pour hyperémotivité, dysmnésie, bégaiement.

Etat en décembre 1921 : troubles psychiques caractérisés par un syndrome démentiel organique analogue aux formes graves de névrose traumatique, torpeur intellectuelle, hyperémotivité, dépression de l'humeur, exagération des réflexes.

Invalidité : 40 %.

OBSERVATION XXVII (N° 9)

B... Fernand, 29 ans, employé de préfecture. Méningite cérébro-spinale en février 1919. Durée 1 mois, persistance de céphalée occipitale, état vertigineux avec éblouissements.

Etat en 1922 : syndrome subjectif, caractérisé par céphalée, vertige, éblouissements, fatigabilité, exagération des réflexes tendineux, inégalité pupillaire.

Invalidité : 10 %.

OBSERVATION XXVIII (N° 1207)

P... Gastón, 40 ans, tailleur de pierres. Mobilisé en 1914; méningite en février 1914, traité à l'isolement de Pellegrin, constatations sérologique et bactériologique positives; présente une forme grave compliquée de troubles mentaux, 3 mois d'hôpital, 2 mois de convalescence. Reprend néanmoins son service, doit l'abandonner après quelques mois, se plaint de souffrir de la tête, présente des bizarreries mentales. Réformé à la fin de 1916. 40 % d'invalidité pour séquelles de méningite.

Présente en 1921 syndrome subjectif : céphalée fronto-orbitaire, vertiges, éblouissements, secousse myoclonique du membre supérieur du type choréiforme, bizarrerie mentale, perte de l'initiative.

En 1923, mêmes symptômes subjectifs, douleurs lombaires accrues, disparition des phénomènes choréiques, réflexes très vifs aux membres inférieurs, léger déficit intellectuel.

Invalidité : 25 %.

B. Étude clinique.

La lecture des observations précédentes montre que les séquelles dont nous n'avons pu déterminer la fréquence par rapport aux atteintes totales de méningite, constituent, en somme, une faible proportion des malades examinés au service régional de neuro-psychiatrie. M. le docteur Molin de Teyssieu n'a recueilli, en effet, sur 2.050 sujets atteints d'affection neuro-psychiatrique, observés entre le 1^{er} juillet 1919 et le 1^{er} juin 1924, que 30 cas de séquelles d'infections méningées aiguës. Parmi ces 30 cas, deux doivent être mis à part, car alors que le tableau clinique avait, lors de l'infection originelle, fait croire à une méningite cérébro-spinale, l'évolution ultérieure a montré qu'il s'était probablement agi d'encéphalomyélite épidémique à formule méningée. Il ne reste donc que 28 cas indiscutables, soit une proportion de 44 pour 1.000 environ. La

clientèle neurologique n'est donc recrutée que pour une très faible part parmi cette variété de malades.

L'âge des malades, de par le mode même dont nous les avons choisis, est évidemment l'âge militaire, soit de 20 à 50 ans.

Nos observations se rapportent :

- 9 fois à des sujets âgés de 20 à 25 ans.
- 5 fois à des sujets âgés de 25 à 30 ans.
- 2 fois à des sujets âgés de 30 à 35 ans.
- 2 fois à des sujets âgés de 35 à 40 ans.
- 9 fois à des sujets âgés de 40 à 45 ans.

Il semble donc que l'âge adulte de 35 à 40 ans paie un moins lourd tribut aux séquelles tardives et prolongées des méningites cérébro-spinales et que le plus grand nombre de cas appartiennent aux tout jeunes ou aux territoriaux.

La proportion des atteintes de méningite cérébro-spinale ayant été plus forte sur les jeunes classes, le chiffre de 9 cas des séquelles chez des sujets ayant dépassé la quarantaine indique que quoique inférieur à celui relevé avant 25 ans, la guérison complète est plus exceptionnelle encore chez cette dernière catégorie de malades. Notons que les âges que nous indiquons sont ceux de l'infection primitive.

L'époque de cette infection est variable. Le plus grand nombre de ces méningites avaient été contractées dans l'hiver 1915, soit onze fois; nous relevons ensuite :

- 1 cas contracté en 1914.
- 2 cas contractés en 1916.
- 2 cas contractés en 1917.
- 3 cas contractés en 1918.
- 3 cas contractés en 1919.
- 2 cas contractés en 1920.
- 1 cas contracté en 1921.
- 1 cas contracté en 1922.
- 1 cas contracté en 1923.

Ce chiffre maximum des séquelles pour les cas de méningites contractées pendant l'année 1915 correspond-il à des caractères spéciaux de l'infection, à une sorte de génie épidémique de l'année ? Nous ne saurions l'affirmer; il est plus vraisemblable qu'il n'est en relation qu'avec une plus grande morbidité par méningococcie relevée au cours de cette première année passée dans les tranchées avec les conditions matérielles les plus mauvaises.

Nous avons cherché à nous rendre compte si de la formule clinique présentée au cours de l'infection primitive on pouvait tirer un pronostic quant à la possibilité de l'apparition ultérieure de séquelles. Les documents incomplets que nous avons consultés sur ce point ne nous ont pas permis d'arriver à une certitude, mais il paraît bien cependant que ce ne soit pas les formes les plus sévères d'aspect qui doivent, plus tard, se compliquer avec plus de fréquence de séquelles persistantes du côté du système nerveux central ou périphérique. La durée de l'infection méningée aiguë plus que sa violence symptomatologique serait la cause favorisant la plus importante pour l'apparition retardée de ces séquelles.

Dans plusieurs cas, l'agent causal de l'infection méningée a pu être établi; il s'agissait d'un méningocoque de Weichselbaum; dans certains les microbes pyogènes banaux étaient en cause. La forme des séquelles semble la même dans l'un et l'autre cas. Nous n'avons recueilli aucune précision sur la teneur en albumine et en sucre des liquides céphalo-rachidiens, dans les cas compliqués de séquelles dont nous rapportons les observations. Leur caractéristique cytologique s'est, dans tous les cas, montrée banale.

Les autres conditions étiologiques qui présidaient à l'éclosion des accidents aigus n'ont aucune influence appréciable sur l'avenir des malades.

Les séquelles observées tardivement à la suite des infections méningées cérébro-spinales peuvent être groupées en deux grands chapitres, selon que les troubles sont ou purement neurologiques, ou davantage psychopathiques. Nous verrons pour-

tant quelques cas où l'association des deux groupes de phénomènes se réalise. Pour la commodité, nous les étudierons successivement à l'état isolé, cherchant à établir pour chacun quel peut être leur trait clinique particulier, quelle est leur fréquence parmi l'ensemble des complications, quelle est leur valeur pronostique et aussi ce qu'est leur curabilité propre.

Cette division arbitraire en séquelles neuropathiques et en séquelles psychopathiques, très souvent associées chez le même malade, est fondée uniquement sur le terrain clinique. Elle correspond à l'objectivité des troubles constatés dans le premier cas opposé à la subjectivité, qui constitue le trait essentiel des seconds. Il est vraisemblable qu'à l'origine des deux groupes sont des lésions du même type du système nerveux.

I. — *Séquelles neuropathiques.* — Nous les examinerons en considérant successivement, selon leur ordre de moindre fréquence : les séquelles médullaires, les radiculaires, les névritiques et les cérébrales, qui nous serviront de trait d'union avec les séquelles psychopathiques.

Séquelles médullaires. — La plus courante est la paraplégie; nous l'avons notée 7 fois, soit dans 23 % des cas. Elle affecte toujours le type spasmodique. Quand elle est complète (obs. II, III, IV, XXI), elle s'accompagne d'impotence fonctionnelle plus ou moins complète, de clonus rotulien et du pied, de troubles sphinctériens et génitaux. Dans quelques cas, elle est incomplète et se manifeste par de la fatigabilité rapide et surtout par de l'exagération des réflexes tendineux (obs. IX et XII).

Dans d'autres cas, l'atteinte myélopathique est plus limitée et ne se traduit que par des troubles sphinctériens vésicaux (obs. VIII).

Les troubles trophiques du type neuropathique se montrent plus rarement à l'état isolé ou associé; ils figurent une fois dans notre statistique (obs. III).

Les troubles de la sensibilité objective ne sont pas souvent notés (obs. I); nous verrons qu'ils s'associent plus fréquemment aux complications suivantes.

La paraplégie flasque n'est jamais constatée parmi les séquelles et le fait se conçoit. Cette forme clinique d'atteinte médullaire appartient, en effet, à la phase aiguë de la maladie infectieuse et nos malades qui sont porteurs de lésions anciennes organisées sont déjà en voie de spasmodicité.

Beaucoup plus fréquentes sont les complications radiculaires qui se montrent soit isolément, soit en liaison avec des symptômes d'altération médullaire (obs. IX). Elles consistent en des douleurs très violentes localisées, dans la généralité des cas, aux membres inférieurs, survenant par crises paroxystiques (obs. I, III, V et VI). Dans de très rares cas, elles se manifestent objectivement par une anesthésie à topographie nettement radiculaire.

Le départ est quelquefois difficile à faire entre ces accidents radiculaires et ceux plus exclusivement névritiques qui sont notés quelquefois (obs. X), où les troubles de la sensibilité objective ont une disposition plus nettement périphérique. C'est ainsi que dans notre observation V il est malaisé de dire s'il s'agit de névrite du sciatique ou de radiculite sacrée, comme le pensait M. le docteur Gauckler lors de son premier examen.

A côté des troubles très évidemment radiculaires ou névritiques se placent des séquelles douloureuses du côté de la colonne lombaire : ces algies vertébrales mal définies, qui s'accompagnent souvent de raideur et même de contractures péri-vertébrales et qui paraissent bien avoir une origine nerveuse plutôt que musculaire ou osseuse (obs. XXIV).

Séquelles cérébrales. — Les complications cérébrales servent, ainsi que nous venons de le dire, de trait d'union entre les séquelles subjectives et objectives. Les premières sont les plus rarement notées. Nous avons pu relever l'épilepsie dans trois cas (obs. III, XIV et XXII); retenons que les manifestations convulsives post-méningitiques sont rares et que dans deux de nos cas elles ont été transitoires et que leur caractère objectif même prêtait à discussion.

Les troubles basillaires tels que les paralysies oculaires, explicables par l'affinité des lésions méningées pour cette zone cérébrale, sont notés trois fois (obs. VI, IX et XXVII).

Les troubles du sommeil ne sont retenus que dans une observation (obs. XVIII); ils peuvent d'ailleurs être rattachés aux syndromes subjectifs que nous verrons plus loin.

Dans trois cas enfin, nous avons relevé (obs. XII, XV et XXVIII) des séquelles myocloniques soit sous forme de tremblement, soit sous forme de mouvements choréiques. Cette constatation de séquelles appartenant plutôt aux encéphalomyélites épidémiques pose une question dont nous ne ferons que souligner l'intérêt : celle de la simultanéité des deux infections sur le même sujet. Car il ne saurait être mis en doute, dans ces observations appuyées de vérifications bactériologiques, qu'il s'agissait bien de méningite cérébro-spinale.

II. — *Séquelles psychopathiques.* — Les séquelles psychopathiques sont de deux ordres : les troubles mentaux du type démentiel, le syndrome subjectif neurasthéniforme.

Les troubles mentaux démentiels se subdivisent eux-mêmes en deux variétés : la démence du type artério-scléreux, forme la plus rare que nous n'avons notée qu'une fois (obs. XVI) et la démence du type schizophrénique. La première appartenant au point de vue clinique aux formes graves de névrose traumatique, se caractérise par une déchéance progressive des facultés intellectuelles, de l'exagération de l'émotivité. La deuxième variété, qui semble surtout avoir été visée dans l'étude de Voisin et Pisseau, est faite de troubles portant surtout sur le caractère, sur l'initiative, sur l'adaptabilité au réel (obs. XXIII et XXVIII).

Le syndrome subjectif neurasthéniforme, dont nous avons réservé la description pour la fin, est la séquelle la plus fréquente, la plus constante dirons-nous même, des méningites cérébro-spinales. Très voisin des syndromes commotionnels ou subjectifs des trépanés, il est à peu près constant. Nous le notons dans presque toutes nos observations, mais avec une netteté plus grande dans 7 cas, où il se montre à l'état plus isolé.

Ses traits essentiels sont : la céphalée : gravative, tenace, à localisation sus-orbitaire, souvent unilatérale, exagérée par toutes les causes de congestion encéphalique et en particulier

les variations d'état météorologique. L'état vertigineux toujours pénible, ne s'accompagnant jamais de chute, ni de signe de déficit cérébelleux; les éblouissements fréquents, en particulier le matin; l'inaptitude à l'effort physique soutenu; la fatigabilité cérébrale rapide coexistant avec la lucidité et l'intégrité du fonds mental.

Telles sont les séquelles des méningites cérébro-spinales dont les plus constantes sont, par ordre de fréquence : le syndrome neurasthéniforme, les algies radiculaires, les phénomènes spasmodiques médullaires pouvant aller jusqu'à la paraplégie.

C. Évolution.

L'évolution de ces séquelles des méningites cérébro-spinales est inconstante et variable, d'ailleurs, pour chacune d'entre elles. Elles s'installent le plus ordinairement dès le décours de l'infection aiguë et ne constituent que la permanence d'un symptôme. Dans quelques cas, après un intervalle libre de santé parfaite, elles se montrent tardivement sans raison apparente (obs. VII et VIII). Elles semblent devoir persister sensiblement sous la même forme et n'être progressives que dans de rares cas (obs. IV et X).

Les séquelles médullaires, radiculaires et névritiques ont tendance à la régression et à l'amélioration spontanée ou tout au moins à la consolidation en ce qui concerne les premières. Les séquelles psychopathiques, au contraire, n'offrent guère de caractères régressifs, soit qu'elles restent fixes, soit, qu'au contraire, elles s'aggravent avec l'âge.

A propos de ces dernières pourrait se poser un problème, celui de la sincérité des troubles allégués. Il n'est pas douteux, dans les milieux militaires surtout, que le facteur d'exagération utilitaire ne doit pas être négligé. Il reste cependant un fait troublant : c'est l'identité du tableau clinique, subjectif, présenté par une quantité de malades d'origine, d'éducation et de culture si différentes.

CHAPITRE IV

Étude pathogénique

Nous nous trouvons ici sur le terrain mouvant des hypothèses; aussi ne nous y aventurerons-nous qu'avec la plus grande circonspection que commande notre inexpérience. Le caractère en somme bénin de ces séquelles éloignées des méningites cérébro-spinales et l'absence ou la très grande rareté de constatations nécropsiques rend l'interprétation de ces faits plus malaisée.

Un point reste cependant acquis, c'est qu'il s'agit de séquelles non méningées, mais du retentissement des lésions méningées sur les centres nerveux sous-jacents, la méninge seule ne donnant aucune symptomatologie propre. Nous avons exposé plus haut quelles étaient les lésions encéphaliques et médullaires constatées dans la période aiguë des méningites. Ces lésions n'échappent pas à la règle commune qui régit l'anatomie pathologique du système nerveux. Elles sont suivies de prolifération du tissu de soutien qui vient en remplacement des éléments nobles altérés et qui, parfois, par son exubérance, dépasse la limite du rôle réparateur qui lui est assignée.

Le processus mis en évidence par Pinel dans la moelle explique les paraplégies spasmodiques d'emblée, les radiculites. Il est probable que les névrites secondaires, même tardives, sont de même cause, c'est-à-dire mécaniques plutôt que toxiques.

L'interprétation des troubles subjectifs du type neurasthéniforme est plus difficile. Les examens pratiqués dans les cas absolument superposables au point de vue clinique, aux cas de

neurasthénie pure ou de syndrome post-commotionnel, sont restés entièrement négatifs. L'esprit se refuse cependant à admettre qu'il s'agisse de simples troubles fonctionnels, car ces troubles sont trop semblables à eux-mêmes dans tous les cas, pour qu'ils ne dépendent pas d'une modification localisée du fonctionnement encéphalique.

CHAPITRE V

Conséquences médico-légales.

Nous serons bref sur les conséquences médico-légales des séquelles des méningites cérébro-spinales. La question ne prendra toute son ampleur que lorsque seront appliquées, dans les différents pays d'Europe, les lois en préparation sur les assurances-maladies.

La méningite cérébro-spinale ne pouvant être considérée en aucun cas comme une maladie professionnelle, ne prête pas à revendication. La loi française, en effet, limite les maladies professionnelles à un certain nombre d'affections bien déterminées. Il est certain que ces séquelles ont une existence réelle, que dans certains cas elles déterminent des désordres tangibles et que, dans d'autres, elles constituent, bien que purement subjectives, une cause évidente de réduction de la capacité antérieure.

Elles devraient donc procurer réparation dans des cas bien précisés comme celui de l'infirmier, de l'externe ou interne des hôpitaux, contractant la maladie dans l'accomplissement de son service.

La loi des pensions militaires, dans tous les pays belligérants à peu près, admet l'imputabilité au service de toutes les affections qui se sont manifestées durant la période d'activité; elle englobe, par conséquent, toutes leurs séquelles éventuelles.

La fixation des taux d'invalidité y afférente est plus délicate, notamment en ce qui concerne les troubles subjectifs. Le barème militaire de 1919, pas plus que les précédents, ne prévoit pas explicitement l'indemnisation de séquelles de méningite

cérébro-spinale. La difficulté n'est pas grande pour les accidents objectifs dans lesquels on devra se reporter aux articles visant les troubles nerveux organiques de même nature provenant d'autre cause. Le taux est proportionnel à la gravité du symptôme. L'association de plusieurs symptômes objectifs se calcule sur le mode d'évaluation des invalidités multiples.

En ce qui concerne le syndrome neurasthéniforme entièrement subjectif, l'expert devra tenir compte des renseignements fournis par une enquête serrée sur la réalité des plaintes de l'intéressé et sur le retentissement qu'elles entraînent sur son activité générale et professionnelle.

Le pourcentage d'invalidité à allouer sur la rubrique réglementaire : altération des fonctions mentales, oscillera entre 10 et 30 %.

.

CONCLUSIONS

I. — Les méningites cérébro-spinales laissent très fréquemment après elles des séquelles graves.

II. — Les complications tardives indépendantes de la formule clinique de l'infection causale sont cérébrales, spinales ou plus souvent mixtes.

III. — La plus constante est constituée par un groupement des symptômes subjectifs rappelant les syndromes commotionnels ou neurasthéniques. Les radiculites et les paraplégies spasmodiques viennent ensuite dans l'ordre de fréquence.

IV. — Elles traduisent, en tout cas, une altération organique des centres sous-jacents à la méninge infectée.

V. — Elles peuvent n'apparaître qu'après un temps de latence assez long ; persister d'une façon durable ou plus ordinairement s'aggraver progressivement.

VI. — Leur existence détermine une invalidité appréciable ; elle est incompatible avec la continuation du service militaire.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

R. CRUCHET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 juin 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BASSET-SMITH, ROCHE-LYNCH et MANGHAM. — Les porteurs de méningocoques. *Lancet*, 23 février 1918, p. 290; *Revue de neurologie*, 1918, II, p. 88.
- BASTIEN. — Considérations sur la méningite cérébro-spinale chez des soldats. Thèse de Nancy, 1920; *Revue de neurologie*, 1921, p. 396.
- BATTEN (A.-E.-E.). — Paraplégie consécutive à la méningite cérébro-spinale. Lamnectomie. *Proceedings of the royal Society of medicine of London*, vol. IX, n° 8; *Neurological Section*, p. 63, 30 mars; *Revue de neurologie*, 1916, II, p. 393.
- BAUR. — Méningite cérébro-spinale. In *Traité de pathologie médicale*, t. XV, Maloine, éditeur, Paris, 1921.
- GORDON. — Forme chronique de la méningite à méningocoques. *Archives of internal. med.*, février 1919.
- LAMPONTI. — Contribution à l'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie consécutive à la méningite cérébro-spinale épidémique. *Atti delle riunioni medico militari istituite dalla Accademia delle scienze mediche di Ferrara*, fasc. III, p. 8, janvier 1917; *Revue de neurologie*, 1918, p. 32.
- DOPTER. — Méningococcie. In *Nouveau traité de médecine*, t. I, Masson, éditeur, Paris, 1920.
- MASSARY (DE) et TOCKMANN. — Méningite cérébro-spinale à rechute tardive, symptômes organiques simulant la paralysie générale pendant la convalescence. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, p. 480, 24 mai 1918; *Revue de neurologie*, 1918, II, p. 219.
- NETTER. — Rechutes tardives dans la méningite cérébro-spinale. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de*

- Paris*, p. 527, 31 mai 1918; *Revue de neurologie*, 1918, II, p. 219.
- NETTER. — Rechutes tardives dans la méningite cérébro-spinale. *Archives de médecine des enfants*, février 1919, p. 72; *Revue de neurologie*, 1921, p. 395.
- ROSANOFF. — Séquelles de la méningite cérébro-spinale. *Journal of the Americ. med. Assoc.*, 2 novembre 1918, p. 1476; *Revue de neurologie*, 1919, p. 617.
- TESTUT et MARCHAND. — Paralysie totale du trijumeau consécutive à une méningite cérébro-spinale. *Presse médicale*, 27 janvier 1919, p. 37; *Revue de neurologie*, 1919, p. 616.
- WORSTER-DROUGHT. — Les séquelles nerveuses de la fièvre cérébro-spinale. *Lancet*, 13 juillet 1918; *Revue de neurologie*, 1918, II, p. 221.
- VOISIN et PAISSEAU. — Les troubles mentaux dans la méningite cérébro-spinale. Société médicale des hôpitaux de Paris, 28 mars 1910.
- VERGER. — Article: *Méningites aiguës*. In *Précis de pathologie interne*, Steinhel, éditeur, Paris, 1919.

